



REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



CASO CLÍNICO

Carcinoma basocelular de la región perianal: reporte de un caso y revisión de la literatura

L.A. Espino-Urbina^a, A. Espinosa-de-los-Monteros^b, J. Dominguez-Cherit^c,
F. Chable-Montero^d y O. Vergara-Fernandez^{e,*}

^a Subespecialidad Cirugía de Colon y Recto INCMNSZ, México, Distrito Federal, México

^b Dirección de Cirugía INCMNSZ, Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva, México, Distrito Federal, México

^c Departamento de Dermatología, INCMNSZ, México, Distrito Federal, México

^d Departamento de Anatomía Patológica, Fundación Clínica Médica Sur, México, Distrito Federal, México

^e Dirección de Cirugía INCMNSZ, Departamento de Cirugía Colon y Recto, México, Distrito Federal, México

Recibido el 23 de julio de 2012; aceptado el 24 de septiembre de 2012

Disponible en Internet el 30 de enero de 2013

PALABRAS CLAVE

Carcinoma del canal anal;
Carcinoma perianal;
Carcinoma basocelular;
Carcinoma basaloide

KEYWORDS

Carcinoma of the anal canal;
Perianal carcinoma;
Basal cell carcinoma;
Basaloid carcinoma

Resumen La literatura reporta una incidencia anual de 5,900 casos de carcinoma anal en países desarrollados. Estos involucran a 3 zonas anatómicas distintas: carcinoma del canal anal; carcinoma perianal (antes denominado carcinoma del margen anal, ubicado a una distancia menor a 5 cm de este) y carcinoma de la piel perianal (a más de 5 cm de distancia del margen anal). El carcinoma basocelular de la región perianal es una neoplasia poco común (0.27% de todos los carcinomas basocelulares diagnosticados) cuyo tratamiento en la inmensa mayoría de las veces es la resección con márgenes libres de enfermedad; debe de diferenciarse de la variante basaloide epidermoide del carcinoma debido a su buen pronóstico y casi nulo potencial de diseminación.

© 2012 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Todos los derechos reservados.

Basal cell carcinoma of the perianal region: A case report and literature review

Abstract The literature reports an annual incidence of 5,900 cases of anal cancer in the developed countries. These involve three different anatomic zones: carcinoma of the anal canal, perianal carcinoma (formerly known as carcinoma of the anal margin, located at a distance of less than 5 cm from the anal margin), and carcinoma of the perianal skin (at a distance greater than 5 cm from the anal margin). Basal cell carcinoma of the perianal region is an uncommon tumor (0.27% of all diagnosed basal cell carcinomas) that in the majority of cases is treated by resection with disease-free margins. It must be differentiated from the basaloid

* Autor para correspondencia: Vasco de Quiroga n.º 15. Colonia Belisario Domínguez Sección XVI. CP 14000, México DF. Delegación Tlalpán. Correo electrónico: omarvergara74@hotmail.com (O. Vergara-Fernandez).

and epidermoid variants of carcinoma, given that it has good outcome and its spread potential is practically null.

© 2012 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Published by Masson Doyma México S.A. All rights reserved.

Introducción

Se reportó una incidencia anual de 5,300 casos de carcinoma del canal anal en el año 2009 en Estados Unidos¹. Esto representa un fenómeno de sobrediagnóstico debido a que varios médicos especialistas (cirujanos de colon y recto, gastroenterólogos, oncólogos médicos, internistas, radioterapeutas, dermatólogos, cirujanos generales, infectólogos, entre otros) participan en el tratamiento de esta nosología. En la actualidad, se describen carcinomas de 3 zonas anatómicas: carcinoma del canal anal (que abarca hasta el nivel del músculo puborrectal elevador del ano); carcinoma perianal (antes denominado del margen anal, ubicado a una distancia menor de 5 cm de este) y carcinoma de la piel (a más de 5 cm de distancia del margen anal)¹. La principal histología reportada es el carcinoma epidermoide (con sus variedades células grandes queratinizadas, no queratinizadas, cloacogénico, mucoepidermoide, basaloide y transicional)². También existen adenocarcinomas que tienen un origen: a) de la zona de transición; b) de las glándulas secretoras a nivel de la línea dentada, y c) de trayectos fistulosos anorrectales crónicos². Los tumores perianales son 5 veces menos comunes que los del canal anal, los que a su vez son 10 veces menos frecuentes que los tumores rectales. Otra histología es el melanoma anal; esta es la ubicación más común gastrointestinal, pero corresponde al 0.5-5% de todas las causas de cáncer en esta localización². Dos neoplasias extraordinariamente raras son los tumores del estroma gastrointestinal y los tumores de células pequeñas/neuroendocrinos². En pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana/sida se pueden desarrollar sarcoma de Kaposi y linfoma². El carcinoma basocelular perianal corresponde al 0.27% de todos los basocelulares diagnosticados y es el motivo de este trabajo³.

Informe del caso

Se trata de un paciente masculino de 58 años, con una lesión perianal de un año de evolución hasta un diámetro de 3 cm, que ocasionaba prurito y sangrado intermitente. El enfermo había recibido tratamientos tópicos con nula respuesta y por ello se sometió a una biopsia incisional, con reporte histopatológico de carcinoma basocelular. Por este motivo, es referido para su manejo y evaluación integral. En el ultrasonido endoanal no se evidenció involucramiento de estructuras profundas. La exploración física no mostró adenopatías inguinales ni otras lesiones dérmicas. Los estudios paraclínicos catalogaron la enfermedad como T2N0M0 y sin contraindicaciones para su tratamiento. No existían antecedentes de radioterapia ni traumatismos previos. Se realizó una resección local amplia, con estudio transopertorio de márgenes y un colgajo para el cierre del defecto tipo V-Y. El seguimiento hasta el momento es de 13 meses, sin recurrencia de la enfermedad (figs. 1-3).



Figura 1 Lesión anterolateral izquierda a menos de 5 cm del margen anal que muestra cambios posteriores a la biopsia incisional.

Discusión

La incidencia del carcinoma basocelular perianal en comparación a otras zonas de piel es del 0.1%³. Se reportan menos de 200 casos en la literatura (siendo la serie más grande de 15 casos perteneciente a la Clínica Mayo)³. Corresponde al 0.2% de todas las neoplasias perianales. Se han implicado en su desarrollo síndromes familiares, como el síndrome de nevus basocelulares y el xeroderma pigmentoso, así como inmunodeficiencias, radiación (presente en

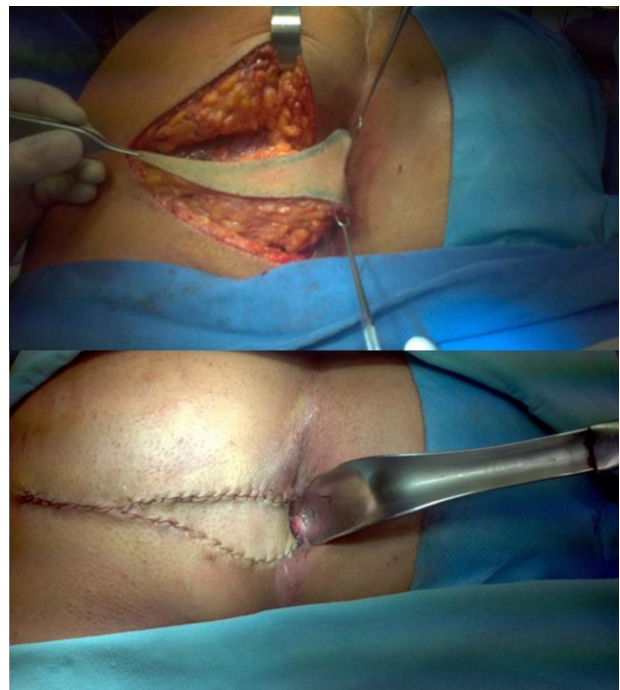


Figura 2 Resección local con margen de 1 cm y colgajo tipo V-Y para cubrir el defecto resultante.

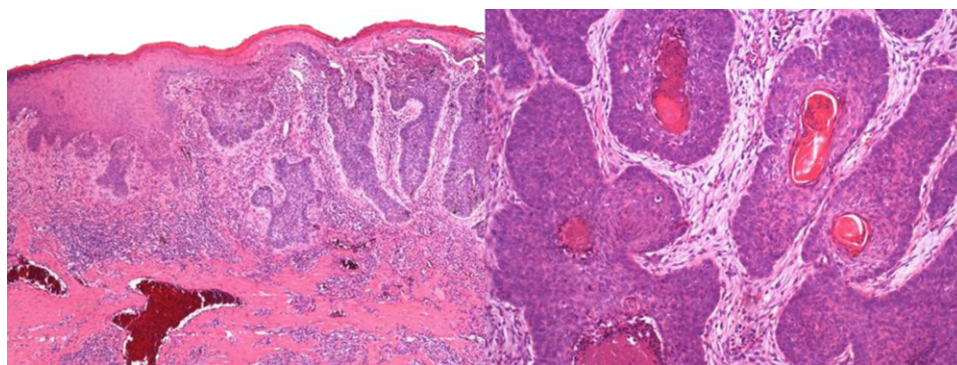


Figura 3 Neoformación maligna dependiente de la capa basal de la epidermis con infiltración a planos profundos (limitada al tejido celular subcutáneo), múltiples focos y fenómenos de retracción y formación de estructuras anexas compatible con carcinoma basocelular tipo sólido, superficial y multifocal (con fenómeno de empalizada, estroma blando y ranuras peritumorales).

el 9.5% de los casos), infección, traumatismo, quemaduras e irritación crónica³. Existe un predominio del género masculino (80% de los casos) y la edad media de presentación es de 65-75 años³. Un 33% tiene el antecedente de carcinoma basocelular de la piel en otra localización. El tamaño promedio de las lesiones es de ≤ 2 cm (rango 0.5-5.2 cm)³. Un 29.4% muestra ulceración. Se reporta una duración de la sintomatología previa al tratamiento de 0 a 144 meses, con una media de 3 meses. Una tercera parte de los casos son mal diagnosticados, con controversiales efectos sobre el pronóstico debido a la naturaleza indolente de la enfermedad y el bajo potencial de diseminación. La antigua creencia del pobre pronóstico de la afección en esta localización es errónea y debida a la no diferenciación con respecto a la variante basaloide del carcinoma epidermoide⁴. La diferenciación de estos se basa en la distinta localización (basaloide canal anal vs. basocelular perianal)⁴ y en los patrones de inmunohistoquímica (basocelular positivo para BER-EP4; basaloide positivo para citoqueratina 22, EA1, citoqueratina 19, citoqueratina 13, ACE, antígeno de membrana epitelial y UEA1)⁴. Existen casos reportados de carcinomas epidermoides adyacentes a basocelulares. Las variedades histológicas reportadas son: nodular 66% (12% degeneración quística y 9% componente infiltrativo), superficial 18%, infiltrativo 8%, micronodular 4%, basoescamoso 2% y fibroepitelioma de Pinkus 2%⁵. Las opciones de tratamiento son la resección local con márgenes de 1 cm para lesiones Tis o T1 y con mínima afectación del complejo esfinteriano (con utilización de colgajo cutáneo o de la microcirugía de Mohs); para lesiones T2 en donde la resección involucra el riesgo de complicaciones (estenosis, incontinencia) se prefiere radioterapia sin extensión de los campos ganglionares inguinales, con iguales tasas de control y menor morbilidad^{6,7}. En lesiones T3 y T4 está indicada la radioterapia con extensión inguinal (esto con menor sustento que para carcinomas epidermoides y aún más controversial con extensión hacia ganglios pélvicos)^{6,7}. La resección abdominoperineal suele utilizarse como terapia de rescate o de primera línea ante pacientes con pobre función esfinteriana (es rara la extensión proximal a la línea dentada y el involucramiento de los esfínteres)⁷. No existen reportes de involucramiento ganglionar³. Las tasas de supervivencia global reportadas son del 93-100% (sin reportarse muertes secundarias a la enfermedad), con tasas de

recurrencia del 0-29%⁷. Las recurrencias son habitualmente locales y pueden tratarse con re-resección o radioterapia⁷.

Conclusión

El carcinoma basocelular de la región perianal es una neoplasia poco común cuyo tratamiento es la resección con márgenes libres de enfermedad, que debe de diferenciarse de la variante basaloide epidermoide debido a su buen pronóstico y casi nulo potencial de diseminación.

Financiación

No hubo financiamiento para la realización de este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores no tienen conflicto de interés en relación con el artículo que se remite para publicación.

Bibliografía

1. Welton ML, Raju N. Anal Cancer. En: Beck DE, Roberts PL, Saclarides Th, et al., editores. The ASCRS textbook of colon and rectal surgery. 2nd ed. New York: Springer; 2011. p. 337-58.
2. Leonard D, Beddy D, Dozois E. Neoplasm of the anal canal and perianal skin. Clin Colon Rectal Surg. 2011;24: 54-63.
3. Paterson CA, Young-Fadock TM, Dozois R. Basal cell carcinoma of the perianal region: 20-year experience. Dis Colon Rectum. 1999;42:1200-2.
4. Alvarez-Canas M, Fernandez F, Rodilla I, et al. Perianal basal cell carcinoma: a comparative histologic, immunohistochemical and flow cytometric study with basaloid carcinoma of the anus. Am J Dermatol. 1996;18:371-9.
5. Gibson GE, Ahmed I. Perianal and genital basal cell carcinoma a clinicopathologic review of 51 cases. J Am Acad Dermatol. 2001;45:68-71.
6. Damin D, Rosito MA, Gus P, et al. Perianal basal cell carcinoma. J Cutan Med Surg. 2002;6:26-8.
7. Cuffy M, Abir F, Longo WE. Management of less common tumors of colon, rectum, and anus. Clin Colorectal Cancer. 2006;5:327-37.